Ueber

Fremdkörper im Oesophagus und ihre Folgen.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium des

Herrn Geheimrathes Professor Dr. Hugo von Ziemssen

der

hohen medizinischen Fakultät

der

k. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Anton Scherner,
prakt. Arzt aus Babitz (Schlesien).

München, 1886.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Ueber

Fremdkörper im Oesophagus und ihre Folgen.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium des

Herrn Geheimrathes Professor Dr. Hugo von Ziemssen

der

hohen medizinischen Fakultät

der

k. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Anton Scherner,
prakt. Arzt aus Babitz (Schlesien).

München, 1886.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

SEINEM VATER

UND DEM ANDENKEN SEINER MUTTER

IN LIEBE UND DANKBARKEIT

GEWIDMET

VOM VERFASSER.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548316_0037

Es ist eine bekannte Thatsache, dass häufig voluminöse harte und spitze Körper, welche mit den Speisen und Getränken oder als Spielzeug etc. unvorsichtiger Weise verschluckt werden, im Oesophagus eingeklemmt oder in dessen Wand eingestochen, stecken bleiben und gefährliche Ausgänge im Gefolge haben können. — Derartige Fälle von Fremdkörpern im Oesophagus finden sich in der Literatur viele veröffentlicht, und man wird sich von ihrer Häufigkeit noch eine viel richtigere Vorstellung machen, wenn man bedenkt, dass nur solche Fälle veröffentlicht werden, bei welchen die unblutige Entfernung der Fremdkörper mit grösster Mühe verbunden war oder die blutige Operation ausgeführt werden musste, oder bei welchen der Patient nach Zerreissung der Speiseröhre und dem Hinzutreten tödtlicher Complicationen zu Grunde ging. Auf die übrigen Fälle, wo die Hilfeleistungen wegen leichten und schnellen Verlaufes unbedeutend erscheinen, legt der Operateur nur wenig Gewicht, hält sie kaum einer Notiz in seinem Tagebuche werth, und der Patient verliert einen solchen allarmirenden Zufall, der schnell entstanden und ebenso schnell wieder verschwindet, bald wieder aus dem Gedächtnisse. — Dennoch sind Fälle von Fremdkörpern im Oesophagus zahlreich publicirt, und Adelmann hat in seiner diesbezüglichen, ausführlichen Arbeit (Prager Vierteljahrschrift für practische Heilkunde Bd. 96). 317 Fälle dieser Art aus der Literatur gesammelt.

Die Mannigfaltigkeit der im Oesophagus steckengebliebenen

Körper ist sehr gross und interessant. Unter den von Adelmann gesammelten Fällen betreffen:

103 Fälle Knochenstücke.
40 „ Nadeln.
32 „ Münzen und Aehnliches.
25 „ Fleischstücke.
21 „ Gräten.
21 „ Früchte und Kerne.
13 „ künstliche Gebisse und Zähne.
10 „ spitze Körper aus dem Pflanzen- und Mineralreiche.
9 „ lebende Thiere.
5 „ Schlüssel.
5 „ Kuchen.
5 „ Tücher, Bälle.
4 „ Angelhacken.
3 „ Pfeifenspitzen.
3 „ Glasstücke, Scherben.
3 „ Löffel.
3 „ Fingerhüte.
2 „ Steine.
2 „ Ringe.
2 „ Knöpfe.
2 „ Schlösser und Maultrommel.
1 „ Tasse.
1 „ Ei.
1 „ Holzstück.
1 „ Lederstück.

Diese Mannigfaltigkeit wird noch um Einiges vermehrt durch die von Lannelongue (Bull. de la soc. de chir. Nr. 5) veröffentlichten 18 Fälle von Fremdkörpern im Oesophagus bei Kindern; darunter finden sich:

13 Geldstückchen.
1 Knopf.
1 kleines Rad.

2 kleine Tellerchen.

1 kleines Fläschchen; letztere Gegenstände sämmtlich Kinderspielzeug.

Da ich hier nun einmal von Fremdkörpern im Oesophagus bei Kindern spreche, will ich gleich einer allgemein und insbesondere beim Publikum verbreiteten Ansicht gedenken, welche darin besteht, dass es ihm ganz natürlich erscheint, dass Fremdkörper in der Speiseröhre bei Kindern viel häufiger vorkommen, als bei Erwachsenen, eine Meinung, welche dem Publikum mit Rücksicht auf die Hilflosigkeit, Unvorsichtigkeit und Eigenthümlichkeit der Kinder, Alles, was sie in die Hände bekommen, in den Mund zu stecken, ganz plausibel erscheint. Doch die Statistik lehrt, dass diese Ansicht falsch ist und dass im Gegentheile die Kinder das geringste Contingent dazu liefern und sie von den Frauen um die Hälfte, von den Männern um mehr als das Doppelte übertroffen werden. Absolut sind die Fremdkörper am zahlreichsten bei Männern, nur in einer Categorie von Fremdkörpern, nämlich den Nadeln, stehen die Frauen obenan.

Die Gegenden, in welchen diese Körper im Oesophagus stecken bleiben, sind für harte voluminöse Körper immer, für spitze Körper meistens die engsten Stellen des Oesophagus deren es nach den Untersuchungen von Mouton (Thèse de Paris. 1874), welcher zahlreiche Gypsausgüsse des Oesophagus machte, constant drei gibt. Die erste enge Stelle liegt in der Höhe des Ringknorpels; die zweite in der Höhe der Bifurkation der Trachea und der Aortenkreuzung; die dritte wird gebildet von der Zwerchfellspassage.

Es ist klar, dass solche Fremdkörper im Oesophagus nicht ohne Weiteres liegen bleiben, sondern dass jeder derselben mehr oder weniger gefährliche Folgezustände hervorruft. Ich erwähne zuerst, wenn auch nicht zur Sache gehörig, gelegentlich diejenigen Fälle, wo Fremdkörper im Kehlkopf stecken geblieben durch Oedem und Schwellung,

oder durch direkten Kehlkopfverschluss Erstickungserscheinungen und Erstickungstod bewirken. Dieselben Folgezustände können auch vom Oesophagus aus eintreten, indem ein grosser im Oesophagus festsitzender Fremdkörper den hinteren membranösen Theil der Trachea zusammendrückt, oder indem durch Fremdkörper hervorgerufene ulceröse Processe von der Speiseröhre auf die Trachea übergreifen, worauf durch Schwellung der Trachealschleimhaut oder durch Einfliessen von Nahrungsmitteln oder durch den Fremdkörper selbst das Lumen des Athmungsschlauches verengt und verstopft wird. — Die häufigste und natürlichste Folge bei Fremdkörpern im Oesophagus ist das Eintreten von Brechbewegungen, vermöge deren sich die Speiseröhre seines unangenehmen, fortwährend reizenden Insassen zu entledigen sucht. Doch nicht in allen Fällen tritt spontan Erbrechen ein, sondern erfolgt dasselbe erst auf Reiz der Zunge, des weichen Gaumens und Pharynx, indem der hilfeleistende Arzt mit seinen Fingern oder einem Instrument diese Theile berührt. — Andere ebenfalls auf Reiz beruhende Folgezustände sind Husten und Niesen, wodurch häufig der Fremdkörper aus dem Oesophagus herausbefördert wird; insbesondere sollte bei Kindern das Auslösen des Niesens nie versäumt werden. — Ein sehr bekanntes Schicksal der im Oesophagus steckengebliebenen Fremdkörper ist das Herabgleiten in den Magen, was theils spontan, theils operativ durch Anwendung von Schlundsonden erfolgt. Der Fremdkörper macht hierauf günstigen Falles mit dem Darminhalt die Wanderung durch den Darm und wird per anum entleert. Ich habe absichtlich gesagt, im günstigen Falle, denn es ist durchaus nicht immer so, dass ein in den Magen hinabgestossener Fremdkörper den oben beschriebenen Weg und günstigen Ausgang nimmt. Ist der Fremdkörper gross, so wird derselbe vom Pylorus gar nicht durchgelassen und es kann sofort oder erst nach Jahren eine gefährliche Gastritis auftreten; wird der Fremd-

körper vom Pylorus, der durch den unausgesetzten Reiz schliesslich gelähmt wird, doch durchgelassen, dann ist trotz der Wanderung durch das dünne Gedärm die Gefahr einer Typhlitis nicht ausgeschlossen. Weit grössere Gefahren, als grosse stumpfe Körper, bieten spitze, insbesondere Nadeln. Wie leicht ist es möglich und wie häufig kommt es auch wirklich vor, dass eine verschluckte Nadel bei ihrer Wanderung durch den Darm denselben durchsticht oder durchreisst, worauf eine tödtliche Peritonitis die gewöhnliche Folge ist. Mit Recht verordnet man in einem solchen Falle consistente Nahrung, wobei man die Absicht hat, die Nadel in diese consistente Massen einzuschliessen und so die Gefahr zu vermeiden, welche von den Spitzen der Nadel dem Darme droht.

Dies wären, mit Ausnahme des oben gelegentlich erwähnten Oesophagusgeschwüres, Folgezustände und Ausgänge, welche Fremdkörper haben, wenn sie nur kurze Zeit im Oesophagus verweilen, d. h. sofort oder wenigstens nicht lange nach ihrem Steckenbleiben spontan oder operativ wieder aus demselben entfernt werden. Ungleich gefährlicher sind im Allgemeinen diejenigen Fälle, in welchen der Fremdkörper längere Zeit im Oesophagus bleibt, oder wenn derselbe die Speiseröhre sofort durchbohrt und somit seine Nachbarorgane in Mitleidenschaft zieht. Bei längerem Verweilen des Fremdkörpers im Oesophagus kann es kommen

1) zu Divertikelbildungen, den Pulsionsdivertikeln; dieselben sind zwar sehr selten, doch haben sie eine hohe pathologische Bedeutung, da sie zu den schwersten Schlingbeschwerden und in Folge davon durch Erschöpfung zum Tode führen können. Der Sitz derselben ist fast ausschliesslich die Gegend der dritten Oesophagusenge, also an der Zwerchfellspassage.

2) Es kann durch den Reiz des Fremdkörpers eine in eitrigen Zerfall übergehende Zellenwucherung hervorgerufen

werden; es entsteht somit ein Geschwür, welches auf die Speiseröhre allein beschränkt bleiben kann, zur Lockerung des Fremdkörpers führt, worauf derselbe durch den Mund ausgeworfen wird, oder in den Magen hinabgleitet. Die hierbei auftretenden Symptome sind gewöhnlich: heftige Schlingbeschwerden, Eiterungsfieber, Convulsionen, Tetanus; doch können diese Erscheinungen auch ganz fehlen.

3) Ist der constant reizende Fremdkörper eliminirt, dann heilt das hinterlassene Geschwür mit Narbenbildung; es kommt also zu einer Oesophagusstrictur, welche wiederum grosse Gefahren mit sich bringt.

4) Wird der Fremdkörper nicht herausbefördert, dann ist von einer Heilung des bereits entstandenen Geschwüres keine Rede, und es vereitert und verjaucht zunächst der Oesophagus, wobei durch allgemeine Erschöpfung schnell der Tod erfolgt.

Bricht das Geschwür durch den Oesophagus durch, dann kann es kommen:

5) zur Infiltration und Verjauchung des benachbarten Bindegewebes und somit zu schnellem Tod durch Blutvergiftung oder zum Erstickungstod durch Compression des Kehlkopfes und der Trachea;

6) zur Vereiterung der Speise- und Luftröhre, Bronchien und Pharynx;

7) zu Caries der Wirbel und zu Senkungsabscessen;

8) zu Abscessbildung in der Schilddrüse und damit zum Erstickungstod durch Druck auf die Trachea;

9) zu Pleuritis, indem das Geschwür in die Pleurahöhle perforirt;

10) zu Zerreissung der Lunge durch den Fremdkörper, worauf der Tod theils durch Lungenblutungen, theils durch Pneumonie und Lungengangrän erfolgt, da die Speisen durch den Perforationscanal in die Lungen gelangen.

11) Mit der Perforation des Oesophagus kann der Fremd-

körper auch die Aorta durchbohren, die Carotis communis, die Arteria pulmonalis, die Vena hemiazygos, die Vena cava superior, eine Arteria intercostalis, die arteria subclavia dextra, den linken Vorhof, worauf natürlich der Tod schnell durch Verblutung erfolgt.

12) Die seltenste Complication bei Perforation des Oesophagus durch Fremdkörper ist die gleichzeitige Durchbohrung des Herzbeutels.

Anlässlich des Falles, welcher kürzlich in München auf der Klinik des Herrn Geheimraths v. Ziemssen vorgekommen ist, habe ich es mir angelegen sein lassen, die noch etwa in der Literatur bekannten Fälle zu sammeln. Hierbei habe ich aber gefunden, dass die Aussage v. Ziemssen's „der Fall ist ein sehr seltener" sich im vollsten Maasse bestätigt. Ich fand solche Fälle nach eifrigem Suchen nur drei.

Der eine davon findet sich erwähnt in der Arbeit von Adelmann (Vierteljahrschrift für praktische Heilkunde. Bd. 96. 1867. pag. 85. VI. 4.); veröffentlicht ist er von J. R. Buist (Charleston Journ. Jan. 1858), und wurde von mir ausführlich gefunden in Schmidt's Jahrbüchern Bd. 100. pag. 231 und in Canstatts Jahresbericht der gesammten Medizin 1858. I. Bd. pag. 313. Hierbei hatte der Fremdkörper den Oesophagus und die hintere Seite des Herzbeutels durchbohrt und eine Pericarditis exsudativa hervorgerufen. Ausführlich lautet der Bericht, wie folgt:

Der Mann, 40 J. alt, klagte über Schmerz und unangenehme Empfindung in der Magengegend, die ihm Esslust und Schlaf raubten, und die er davon herleitete, dass er Tags zuvor zwei seiner Zähne verschluckt hatte. Da der Patient gleichzeitig augenscheinlich im Delirium tremens lag, so hielt man seine Angaben für Täuschung. Einige Tage später wurde Patient auf sein eigenes Ersuchen gebessert entlassen. Fünf Tage darauf kehrte er indess zurück, da die früheren Symptome intensiver geworden waren.

Patient blieb bei seiner ersten Aussage betreffs der Ursache. Der intensive Schmerz strahlte vom Epigastrium aus nach der linken Seite bis zur Wirbelsäule, begleitet von konstanter Uebelkeit, Abneigung gegen Nahrung und gänzlichem Verluste des Schlafes. Zunge weiss belegt; Haut natürlich, Gesicht schmutzig blass; Respiration etwas beschleunigt; Puls 100, sehr klein und schwach; Empfindlichkeit über Brust und Unterleib nicht markirt. Erst jetzt machte Patient die Aussage, dass er zwei künstliche, mit einer Goldplatte versehene Zähne beim Essen einer Suppe mit verschluckt habe. Alle eingegebene Medizin wurde sofort entleert. Vier Tage darauf trat der Tod ein, nachdem Patient 30 Stunden früher zu deliriren angefangen hatte, das Gesicht bläulich geworden war und ein kalter Schweiss den ganzen Körper bedeckte.

Section. Magen und Darm gesund, nur in der Nähe des Pylorus und im Fundus ein oberflächliches Geschwür, möglicherweise Leichenerscheinung, zu sehen. Herzbeutel von übelriechendem Gas und sero-purulenter, dunkel-grüner Flüssigkeit sehr ausgedehnt, verdickt und entzündet. Im Oesophagus, $2^1/_2$" über der Cardia, sassen die beiden Zähne und die $1^1/_2$—2" lange und 1" breite Goldplatte, die den Oesophagus durchbohrt hatten und in den rechten, hinteren Theil des Pericardium eingedrungen waren. Das Präparat wird im Museum des Bellevue-Hospital aufbewahrt.

Der zweite Fall findet sich ebenfalls kurz erwähnt in Adelmanns Arbeit (Prager Vierteljahrschrift für prakt. Heilkunde Bd. 96, 1867 pag. 82. IV. 24.) und ist mitgetheilt von Severini (Bulletino delle scienze mediche de Bologna 1859. Aprele. pag. 302.). Da mir letzteres Original nicht zur Verfügung stand und ich in anderen Jahresberichten etc. nichts darüber fand, musste ich mich mit der kurzen Notiz Adelmanns begnügen.

Dieser Fall betrifft einen Mann von 37 Jahren, der eine

Nadel verschluckt hatte. Dieselbe perforirte den Oesophagus, den Herzbeutel und zerriss den rechten Ventrikel. Eine Behandlung fand nicht statt; der Tod erfolgte nach wenigen Tagen plötzlich.

Der dritte Fall ist mitgetheilt von Thompson und Walche (Treatise on the diseases of the lungs, heart and the Aorta. II. Ed. London 1854. pag. 201 u. 627) und fand ich denselben angeführt in v. Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie Bd. 7. I. pag. 122.

Hier hatte die Spitze eines verschluckten Messers den Oesophagus und den Herzbeutel durchbohrt, worauf bei offenbar ziemlich grossem und durchgängigem Perforationscanal Luft durch den negativen Inspirationsdruck in den Oesophagus und von hier durch den elastischen Zug, der von der Lunge auf den Herzbeutel wirkt, sowie durch die systolische Volumsabnahme des Herzens in den Herzbeutel aspirirt wurde. Ausserdem müssen mit der Luft Blut, Eiter, Schleim, Speisereste in den Herzbeutel eingedrungen sein, welche sofort eine eitrige Pericarditis hervorriefen, die rasch ein massiges Exsudat lieferte. — Die subjektiven Symptome waren nur gering angedeutet: leichte Athemnoth, Beklemmung, Druck und Schmerz in der Herzbeutelgegend; dagegen waren die objektiven sehr prägnant und in die Augen springend. Ausser den Zeichen des allgemeinen Collapses und der Herzschwäche bestand Vorwölbung der Herzgegend, welche in der Rückenlage des Kranken einen helltympanitischen Percussionsschall mit Metallklang lieferte. In sitzender und vorübergebeugter Haltung trat an die Stelle des helltympanitischen Percusionsschalles absolute Dämpfung durch die vorwärts sinkende Exsudatflüssigkeit.

Der vierte Fall, welcher kürzlich auf der Klinik des Herrn Geheimrath's v. Ziemssen in München vorkam, betrifft eine Frau von 48 Jahren, welche seit 3 Tagen über Seitenstechen klagt, wofür sie keinen Grund und keine An-

haltspunkte anzugeben weiss. — Der objektive Befund mit Bezug auf die Sache ist bei der Aufnahme folgender: Der Percussionsschall über der rechten Spitze etwas verkürzt, sonst sind die Lungen frei; die Herzdämpfung ist nach rechts etwas verbreitert; die Herztöne sind rein. Der Stuhl ist obstipirt, wesshalb sie 0,5 Calomel bekommt; die Temperatur ist 38,8 C. Am dritten Tage sieht Patientin eigenthümlich collabirt aus; Puls aussetzend; die Hautfarbe ist sehr blass und etwas icterisch; die Herzdämpfung etwas vergrössert; die Herztöne sind dumpf, aber rein. Noch an demselben Tage bei Verlegung in den klinischen Saal collabirt Patientin und ist todt.

Section*) (Prof. Bollinger). Nach Herausnahme des Oesophagus sammt dem Herzbeutel findet man bei seiner Eröffnung am unteren Ende etwas über der Einmündung in den Magen ein circa 2½ cmtr. langes, unregelmässig spitzes Knochenfragment, welches zwischen den Wänden des Oesophagus festgekeilt ist und mit seinem spitzen Ende die vordere Wand des Oesophagus und die hintere Wand des Herzbeutels durchbohrt hat. Das im Perforationscanal steckende spitze Ende des Knochenfragments ist von trüben, missfarbigen Massen umgeben. Die Umgebung des Perforationscanals ist stark entzündet und jauchig infiltrirt. Bei Eröffnung der Brusthöhle entströmt übelriechendes Gas; beide Lungen sind wenig retrahirt und beim Einschneiden erweisen sie sich stark kongestionirt und saftreich; der Herzbeutel liegt handflächengross vor; die linke Lunge ist mit dem Thorax verwachsen; die Pleura zeigt bindegewebige Auflagerungen, kleine subpleurale Petechien und ist milchig getrübt; in der linken Pleurahöhle befindet sich circa ¾ Ltr. einer trüben, roth-braunen, übelriechenden, ziemlich dicken, viele Gerinnsel enthaltenden Flüssigkeit. — Die rechte Lunge ist an einzel-

*) Sections-Journal Nr. 63, 1886. — Das Präparat befindet sich in der Sammlung des Pathologischen Instituts zu München.

nen Stellen mit dem Thorax verwachsen; die Pleura zeigt ebenfalls bindegewebige Auflagerungen, frische fibrinöse Beschläge und ist milchig getrübt; in der rechten Pleurahöhle ist eine mässige Menge einer röthlich-gelben, leicht getrübten, übelriechenden Flüssigkeit. — Im eröffneten Herzbeutel finden sich circa 300 gr. einer ähnlichen, übelriechenden Flüssigkeit, wie in den Pleurahöhlen; das parietale Blatt des Herzbeutels zeigt zahlreiche fibrinös-hämorrhagische Auflagerungen; das viscerale Blatt ist vollständig von fibrinösen Massen bedeckt, die theilweise zottenartig aussehen; ebenso beschaffen ist der pericardiale Ueberzug der grossen Gefässe.

Aus dem Sectionsbefunde ergibt sich die anatomische Diagnose: Perforation des Oesophagus durch ein spitzes Knochenfragment mit secundärer jauchiger Periösophagitis, jauchiger, seriös-fibrinös-hämorrhagischer Pleuritis und Pericarditis.

Ein Rückblick auf die vier angeführten Fälle ergibt, dass, mit Ausnahme des zweiten Falles, wo wahrscheinlich die Angabe nur versäumt worden ist, in den drei anderen Fällen eine Pericarditis aufgetreten ist, was ganz erklärlich ist, da durch den Perforationscanal offenbar Luft, Blut, Eiter, Speisereste, Schleim, überhaupt Schädlichkeiten in den Herzbeutel eingedrungen waren, die sofort eine Entzündung und das Auftreten eines Exsudates zur Folge haben mussten. In dem vierten Falle war die Pericarditis noch mit einer Pleuritis gepaart.

Betrachtet man ferner die angeführten Fälle betreffs der Symptome, welche sie darbieten, um für weitere Fälle informirt zu sein, so sieht man, dass in dem Dritten beobachtet worden sind: leichte Athemnoth, Beklemmung, Druck und Schmerz in der Herzbeutelgegend, die Zeichen des allgemeinen Collapses und der Herzschwäche, Vorwölbung der Herzgegend, helltympanitischer Percussionsschall und Metallklang über der Herzgegend bei Rückenlage, dagegen absolute

Dämpfung bei vornübergebeugter Haltung. — Bei dem ersten und vierten Falle (in dem zweiten sind keine Symptome mitgetheilt) fehlt die Vorwölbung der Herzgegend, der helltympanitische Percussionsschall und Metallklang, und sind summarisch nur folgende Symptome vorhanden: Schmerz und unangenehme Empfindung in der Herzbeutelgegend und Magengegend, Unlust zum Essen und Trinken, Uebelkeit und Erbrechen, Schlaflosigkeit, Deliriren, blasse Hautfarbe, beschleunigte Respiration; kleiner, schwacher, frequenter und intermittirender Puls, verbreiterte Herzdämpfung, dumpfe Herztöne, erhöhte Temperatur; der Tod erfolgte unter allgemeinem Collaps und im ersten Falle unter Auftreten eines kalten Schweisses am ganzen Körper. — Ich habe absichtlich den dritten Fall von den übrigen betreffs der Symptome getrennt betrachtet, da ihre Symptome wesentlich von einander verschieden sind. Der dritte Fall bietet einen so prägnanten Symptomencomplex, dass man sofort weiss, wo es fehlt und was hier stattgefunden hat; in den übrigen Fällen haben wir für den Beobachter fast nichtssagende, subjective Empfindungen, die bei anderen Krankheitsprozessen auch vorkommen können, und die objectiven Beobachtungen sind so gering und lassen so verschiedene andere Deutungen zu, dass man aus ihnen gar keinen Schluss machen kann, zumal wenn man keine Ahnung davon hat, dass es sich um einen Fremdkörper im Oesophagus handelt, wie es in vorliegenden 2 Fällen war. — Wie kommt es nun, dass bei gleichen Prozessen eine solche Differenz in den Symptomen auftritt? Der Grund hiefür liegt darin, dass in dem dritten Falle Luft in den Herzbeutel vom Oesophagus aus eingetreten war, während in den übrigen der Perforationscanal durch den Fremdkörper, durch klappen- oder ventilartige Verlagerungen der Weichtheile verstopft gewesen sein musste, so dass der Lufteintritt verhindert war. Mit Zugrundelegung dieses Umstandes und Thatsache erklärt sich der Unterschied in den Symptomen

ganz von selbst. — Nur Eines möchte ich noch erwähnen, um etwaigen Einwürfen zu entgehen. Wir sehen, dass man im ersten Falle bei der Section den Herzbeutel mit übelriechendem Gase angefüllt gefunden, aber von dem der Luftansammlung entsprechenden Symptome, dem tympanitischen Percussionsschall, nichts erwähnt ist. Dieser Umstand findet sicher seine Erklärung darin, dass die Luftansammlung erst in der Leiche durch Fäulnissprocesse der im Herzbeutel vorhandenen Exsudatflüssigkeit entstanden ist, oder dass, wenn die Gasansammlung schon im Leben vorhanden war, das Symptom von dem betreffenden Arzte übersehen worden ist; etwas Anderes ist wohl kaum möglich. — Da ich nun einmal von Symptomen bei gleichzeitiger Perforation des Oesophagus und des Herzbeutels spreche, dürfte es vielleicht angebracht sein, diejenige Erscheinung noch anzureihen, welche von Ziemssen an einem Falle beobachtete, der in Greifswald auf der Klinik von Niemeyer vorgekommen und von Tütel beschrieben worden ist. Der Fall gehört zwar nicht zu meinem Thema, da die Ursache der Perforation des Oesophagus und Herzbeutels nicht ein Fremdkörper, sondern ein Krebsgeschwür war, jedoch in dem Symptomencomplex macht das letztere Moment keinen Unterschied.

In diesem Falle, der einen Chausséearbeiter von 46 J. betrifft, trat plötzlich am Abend ein rythmisches, plätscherndes Geräusch mit jeder Herzsystole auf, welches in der Nacht ununterbrochen andauerte und so laut war, dass es der Wärter im Nebenzimmer durch die geschlossene Thür hörte. Am nächsten Morgen lag der Kranke comatös da, die Herzdämpfung, welche vorher vorhanden, war vollständig verschwunden und an ihre Stelle ein voller, nicht tympanitischer Percussionsschall getreten. Der Herzstoss war nicht mehr zu fühlen, aber ein metallisch klingendes Geräusch bei jeder Herzcontraction war vorhanden und durch das ganze Zimmer zu hören. — Dies wären die Symptome bei Perforation des

Oesophagus und des Herzbeutels im Allgemeinen und insbesondere durch Fremdkörper.

Es sei noch bemerkt, dass man in dem ausführlich angeführten ersten Falle des vorhandenen Delirium tremens wegen gar nicht geglaubt, dass es sich um einen Fremdkörper im Oesophagus handle, und dass man in dem vierten Falle gar keine Ahnung davon hatte. Hätte der behandelnde Arzt dies gewusst, so wäre es nicht nur gerathen, sondern sogar seine Pflicht gewesen, den Fremdkörper aus dem Oesophagus herauszubefördern, weil man dadurch vermieden hätte, dass der Fremdkörper den Oesophagus und den Herzbeutel durchbohrte; wenigstens ist es meine Ueberzeugung, dass das künstliche Gebiss und das Knochenfragment, welch' letzteres nicht wie eine Nadel zugespitzt war, den Oesophagus und Herzbeutel nicht momentan durchbohrt haben, sondern dass durch den vom Fremdkörper ausgeübten Reiz erst ein geschwüriger Zerfall der Gewebe und mit ihm die Perforation successiv stattgefunden hat. Hätte man also in den beiden Fällen die Fremdkörper sofort entfernen können, dann wäre die weitere Complication möglicherweise ausgeblieben. Es sind zwar zahlreiche Beobachtungen bekannt, wo grössere Gegenstände vom Oesophagus längere Zeit hindurch ohne augenscheinlichen Nachtheil beherbergt wurden; so verblieben künstliche Gebisse bisweilen viele Wochen und Monate, ja sogar Jahre lang in der Speiseröhre, bis sie extrahirt oder zufällig durch Erbrechen wieder herausbefördert wurden. Nichtsdestoweniger wäre es doch in hohem Grade bedenklich, die Entfernung des Fremdkörpers dem blinden Zufall überlassen zu wollen; vielmehr ist es Pflicht des Arztes den Fremdkörper, mag er im Oesophaguseingang oder im Oesophagus selbst sich befinden, so bald als möglich zu entfernen. Dass man bei Fremdkörpern im Oesophaguseingang keine Zeit zu verlieren hat, zeigen die sofort heftig auftretenden Erstickungserscheinungen und der in wenigen Minuten er-

folgende Erstickungstod. Wie man in solchen Fällen zu handeln hat, dafür giebt uns Dieffenbach ein Beispiel. Derselbe sass in Paris einer Dame gegenüber, deren schöne Zähne ihm auffielen. Plötzlich fiel dieselbe auf ihrem Stuhl zurück, wurde blau im Gesichte, öffnete weit den Mund, in welchem Dieffenbach die Zähne vermisste. Sich über den Tisch beugen, seine Finger in den Mund der Dame stecken und ein künstliches Gebiss hervorziehen, war das Werk eines Augenblickes. Ein ähnlicher Fall begegnete Langenbeck und ein dritter wurde mir von dem jetzt in Graz weilenden Prof. Dr. Zuckerkandl erzählt. Derselbe, damals Prosector in Wien, sass mit einem der derzeit epochemachenden, berühmten Wiener Professoren zu Tische, als letzterer im Gespräche begriffen, plötzlich Erstickungsanfälle bekam. Zuckerkandl sofort die Ursache erkennend, förderte in wenigen Augenblicken einen Bissen aus dem Pharynx des Professors. — Dies sind Fälle, welche einem Arzte stets gegenwärtig sein sollten, um bei ähnlichen Situationen orientirt zu sein und keine Zeit zu verlieren. — Wird die Erstickungsgefahr dadurch bewirkt, dass ein voluminöser Fremdkörper, welcher im Oesophagus stecken geblieben ist, die Trachea von hinten comprimirt, dann ist in erster Reihe sofort die Tracheotomie zu machen und erst in zweiter die Entfernung des Fremdkörpers vorzunehmen. — Bei Fremdkörpern im Oesophagus, welche die obigen Erstickungserscheinungen nicht bewirken, hat man zuerst zu fragen, wie der Fremdkörper beschaffen ist, und dann sich zu überzeugen, ob der Fremdkörper auch wirklich im Oesophagus sitzt, und ob nicht bloss hinterlassene Verletzungen dem Patienten das Gefühl des Fremdkörpers vortäuschen, und ferner, wo der Fremdkörper sitzt. — Ist der Fremdkörper so beschaffen, dass er ohne Gefahr für Magen und Darm hinabbefördert werden kann, dann stosse man ihn mit einer Schlundsonde hinab; könnte aber mit dem Hinabstossen für Magen und Darm eine Gefahr erwachsen,

dann muss man unter allen Bedingungen versuchen, den Fremdkörper zu extrahiren. Die Instrumente, welche man dazu erfunden, sind sehr zahlreich und mehren sich jährlich; leider aber tritt der grösste Theil der oft sinnreich, aber nicht practisch construirten Instrumente in das Verzeichniss der chirurgischen Rumpelkammer zurück, und die meisten Chirurgen begnügen sich mit dem Fischbeinstabe und Schwämmchen, mit dem Münzenfänger und einer oder der anderen Schlundzange. Für Langenbeck bildet der sogenannte Gräfe'sche Münzenfänger und eine Schlundzange das ganze Instrumentarium zur Extraction. — Ist auf diese Weise der Fremdkörper nicht aus dem Oesophagus herauszubefördern, dann tritt die Oesophagotomie in ihre Rechte. Hiermit übereinstimmend stellt Blasius (Handbuch der Chirurgie 1841. Bd. III. pag. 20) folgenden Satz auf: Die Operation ist angezeigt bei einem im Halstheile der Speiseröhre festsitzenden Fremdkörper, welcher das Leben noch auf andere Weise als durch eine mittelst der Bronchotomie zu behebende Erstickungsgefahr bedroht und vor Eintritt eines höheren Grades solcher Gefahr weder nach oben ausgezogen, noch nach abwärts gestossen werden kann, oder welcher wegen seiner mechanischen und chemischen Eigenschaften nicht in den Magen gelangen darf. — Dieser Satz gilt auch heute noch, muss aber dahin erweitert werden, dass Fremdkörper bisweilen auch dann noch von der Operationswunde aus entfernt werden können, wenn sie im Brusttheile des Oesophagus sitzen. Ueber die verschiedenen Operationsmethoden von Guattani, Eckholdt, Begin und Vacca Berlinghieri ausführlicher zu sprechen oder sie gar zu beschreiben, würde mich zu weit führen. Es sei mir nur gestattet, Einiges über den Erfolg und Werth der Operation zu sagen. Wir wissen aus der Geschichte dieser Operation, dass die Eröffnung des Oesophagus zum Zweck der Entfernung von Fremdkörpern bereits im 17. Jahrhundert

von Verduc (nach Wenzel von Linhardt) vorgeschlagen worden ist, dass diese Operation wegen der voraussichtlichen Gefährlichkeit aber erst von Taranguet (nach Bardeleben) zuerst am Lebenden ausgeführt worden ist. Seitdem ist die grosse Angst vor dieser Operation bedeutend geschwunden und es sind bereits 37 Oesophagotomien (Eulenburg. Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde Bd. 15. pag. 45) veröffentlicht, von denen 30 mit Heilung, eine mit unbestimmtem Ausgang und 6 mit Tod endigten. Die Mortalität beträgt sonach 17 %. Dieses verhältnissmässig günstige Resultat bei Oesophagotomien, sowie die grosse Zahl von Heilungen bei sonstigen Schnitten des Oesophagus, bei welch' letzteren die Mortalität 22 % ist, zeigt, dass die allerdings sehr gefährliche Operation nicht zu verwerfen, im Gegentheil zu schätzen ist, indem dadurch eine grosse Hoffnung und Möglichkeit gegeben ist, in solchen Fällen von Fremdkörpern im Oesophagus günstige und lebensrettende Erfolge zu erzielen, wo ehedem der Tod eine unabwendbare Folge war.

Soviel im Anschluss an die oben angeführten vier Fälle, wo die Perforation des Oesophagus und Herzbeutels durch einen Fremdkörper bestimmt erwiesen ist. Ich würde mich aber vielleicht eines Vorwurfs schuldig machen, wollte ich diejenigen Fälle unerwähnt lassen, wo sich Fremdkörper im Herzbeutel und Herzen befanden, wo es aber nicht bestimmt, sondern nur wahrscheinlich war, dass diese Fremdkörper vom Oesophagus aus eingedrungen waren. Diese Fälle sind in einer Arbeit von Dr. v. Hösslin (Deutsches Archiv für klinische Medizin. v. Ziemssen und Zenker) zusammengestellt und citire ich dieselben daraus.

I. Fall. Derselbe betrifft einen Metallschläger von 42 Jahren, welcher in München auf der Abtheilung des Geheimrath v. Ziemssen an Staubinhalationslunge und Herzinsuffienz starb. Bei der Section fand man eine gegen 3 cm.

lange Stecknadel, welche am hinteren Umfange des linken Ventrikels steckte, und deren Kopf nahe an der Herzspitze lag; die Nadel lag ganz oberflächlich in den äussersten Schichten der Herzwandung, nur von einer dünnen, schwieligen Bindegewebsschicht bedeckt, so dass sie völlig abtastbar war. Weder am Pericardium parietale noch am Oesophagus noch an der Brustwand war eine Veränderung nachweisbar, welche über die Art des Eindringens der Nadel in das Herz Aufklärung verschafft hätte. Während des Lebens war kein Symptom vorhanden, welches sich in Zusammenhang mit der Gegenwart eines Fremdkörpers hätte bringen lassen Die Angehörigen des Patienten konnten sich nicht erinnern, dass derselbe sich jemals eine Nadel eingestochen hätte.

II. Fall. Barbier (Journ. des sciences méd. Tom. 32. pag. 284): Gärtner, vor 73 Tagen anscheinend gesund, hat jetzt starke Oppression. Tod nach 12 Stunden. Ein Zahnstocher von Elfenbein, 1½ Zoll lang, steckt im Fleisch des rechten Ventrikels. Das Pericard enthält schwarzbraune Flüssigkeit. 3 Löcher in der Herzhöhle.

III. Fall. Sklarsky (Ami de la santé; Journ. russe. 1841. Nr. 21): Plötzlicher Tod. In den Wänden des rechten Herzohrs neben der Venacava eine rostige, 1 Zoll lange Nadel, so fest sitzend, dass sie nur mit Gewalt zu extrahiren war. Im Pericard 1½ Liter Blut. Grosses Aneurysma der Aorta descendens, am unteren Theil ein Loch, welches ins Pericardium ging.

IV. Fall. Kussmaul (Würzburger medicin. Zeitschrift. V. S. 61. 1864): Ein junger Mann in Erlangen mit Tuberculose, ohne Symptome eines Herzleidens, stirbt. Im Pericardium ein glatter, faseriger, aus Kalkkörnchen bestehender, bohnengrosser, nicht adhärenter Körper. Adhäsionen im Pericardium. Im rechten Ventrikel ein 4 Linien langer Dorn von Prunus spinosa, mit dünnen Fibrinmembranen bedeckt, frei in der Höhle. Narbe hinten 1 Zoll über der Spitze.

Der Dorn war vor 1½ Jahren beim Essen verschluckt worden, hatte eine Zeit lang Beschwerden in der Magengegend gemacht, war die Veranlassung zum Pericardialstein.

V. Fall. Cruveilhier (Traité d'anatomie générale. 1852. T. II. pag. 201) sah bei einem Hingerichteten eine lange Nadel quer durch den linken Ventrikel liegend, rechtwinklig zum Längsdurchmesser. Aussen nichts Abnormes, so dass die Nadel wahrscheinlich von der Speiseröhre eingedrungen.

VI. Froriep's Notizen. XXIII. pag. 63: Seit 8 Tagen Brustschmerzen. Tod im Hôtel Dieu. Im rechten Ventrikel fand sich ein 1½ Zoll langes Knochenstück, welches das Herz mehrfach durchbohrt hatte.

VII. Fall. Ambrose (A pin encysted in the walls of the heart. New York. med. Rec. April 15): Bei einer Negerin welche 9 Jahre früher eine Stecknadel verschluckt hatte, fand sich dieselbe in der Wand des rechten Ventrikels eingeschlossen.

VIII. Fall. Huppert (Archiv der Heilkunde. XIX. S. 517) fand bei der Section eines Geisteskranken als zufälligen Befund eine Nähnadel im Herzen und zwar so gelagert, dass die Nadel mit ihrer Spitze in der hinteren Wand des linken Ventrikels, nahe an seiner Spitze lag, während das Oehr der Nadel das Endocard als einen circa 6 Linien langen Zapfen quer durch die Höhle des linken Ventrikels vorgetrieben hatte, ohne das Endocard zu durchbohren.

In diesen angeführten Fällen wird, wie bereits oben gesagt, mit Wahrscheinlichkeit angenommen, dass die betreffenden Fremdkörper im Herzbeutel und Herzen vom Oesophagus aus eingedrungen seien, was ja leicht möglich ist, indem bekanntlich die untere Hälfte der Speiseröhre in der nächsten Nachbarschaft des Herzbeutels liegt. Bei Thieren findet man häufiger fremde Körper im Herzbeutel und Herzen, was leicht erklärlich ist, da dieselben ihre Nahrung

gierig zu sich nehmen und dieselbe auch so beschaffen ist, dass eine Nadel etc. häufig unbemerkt mit verschluckt werden kann.

Litteratur.

v. Ziemssen. Handbuch der Spec. Pathologie und Therapie.
v. Ziemssen und *Zenker.* Deutsches Archiv für klinische Medizin.
Prager Vierteljahresschrift für pract. Heilkunde.
Schmidts Jahrbücher der in- und ausländischen gesammten Medizin.
Canstatts Jahresbericht der gesammten Medizin.
Eulenburg. Real Encyklopädie der gesammten Heilkunde.
Franke. Inaugural-Dissertation, Greifswald 1885.